**Slutrapport**

**Insats för samverkansmedel**

Syfte med rapporten är att vara en informationsöverlämning till styrelse för uppföljning och lärande.   
Slutrapport ska sammanställas och redovisas till förbundet senast en månad efter avslutad insats eller enligt överenskommelse med förbundets kansli. Fyll i det grå fältet och glöm inte att spara.

Alla befintliga rubriker ska kommenteras.

Slutrapport för insatser ska skickas till samordningsförbundet i pappersformat och digitalt

i Word-format.

**Kontaktuppgifter till förbundet:**

Anna-Karin Hainsworth, förbundschef Per Lundgren, verksamhetsutvecklare  
[anna-karin.hainsworth@finsamgavleborg.se](mailto:anna-karin.hainsworth@finsamgavleborg.se) [per.lundgren@finsamgavleborg.se](mailto:per.lundgren@finsamgavleborg.se)

Tfn: 070-084 04 00 Tfn: 070-320 54 68

**Postadress**:  
Samordningsförbund Gävleborg

C/o Dospace Gävle  
Norra Kungsgatan 1  
803 20 Gävle

|  |  |
| --- | --- |
| Denna mall ska användas vid slutrapportering av insatser finansierade av Samordningsförbund Gävleborg.   Stöd för delrapport finner du på förbundets  hemsida [www.finsamgavleborg.se](http://finsamgavleborg.se/). | Diarienummer Signatur    Ankomstdatum |

**1. Allmänna uppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| Insatsens namn | |
|  | |
| Planerad insatstid – åååå-mm-dd        - | Eventuellt slutdatum för intag av deltagare i insatsen |
| Totalt beviljade medel från Samordningsförbund Gävleborg för insatsen | |
| Kr | |

**2. Följande förbundsmedlemmar har sökt medel.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Organisations och arbetsställets namn | |
| Kontaktperson | |
| E-postadress | Telefonnummer |
| 2. Organisations och arbetsställets namn | |
| Kontaktperson | |
| E-postadress | Telefonnummer |
| 3. Organisations och arbetsställets namn | |
| Kontaktperson | |
| E-postadress | Telefonnummer |
| 4. Organisations och arbetsställets namn | |
| Kontaktperson | |
| E-postadress | Telefonnummer |

3. Ansvarig för genomförande av insatser

|  |  |
| --- | --- |
| Organisations namn | Arbetsställets namn |
|  |  |
| Namn - kontaktperson för insatsägare | Mobiltelefonnummer |
|  |  |
| E-postadress | |
|  | |
| Postnummer | Postadress |
|  |  |

4. Insatsbeskrivning

|  |
| --- |
| **4.1 Bakgrund till insatsen.** Beskriv skälen till insatsen. |
|  |

|  |
| --- |
| **4.2 Syfte med insatsen.** Beskriv kortfattat vilken förändring som ni ville uppnå med insatsen? |
|  |

|  |
| --- |
| **4.3 Målgrupp för insatsen:** Vilka grupper/individer har omfattats av insatsen. |
|  |

**5. Resultat och utfall av insats**

|  |  |
| --- | --- |
| **5.1 Insatsens mål**  Vilket/-a resultat skulle uppnås med insatsen? | **Utfall** |

|  |
| --- |
| **5.2 Arbetssätt och verksamhetsbeskrivning för insatsen.** Beskriv vilka metoder/arbetssätt och vilka aktiviteter som har genomförts under insatsen. Har de metoder/aktiviteter ni angett i ansökan använts/utförts på det sätt som var tänkt? |
|  |

|  |
| --- |
| **5.3 Avvikelser från planering (avseende ekonomi, tidsplan, aktiviteter numerära mål, m.m.):** Beskriv eventuella förändringar i jämförelse med ansökan i avseende gällande verksamhet. och budget. Har insatsen kunnat genomföras enligt planering? Om inte, vilka åtgärder har vidtagits? Om målet ej nåtts, vad är orsaken till detta? |
|  |

|  |
| --- |
| **5.4 Beskriv uppföljning och utvärdering av målen:**  Hur har ni arbetat med uppföljning och utvärdering samt med vilka har detta kommunicerats? |
|  |

**6. Analys**

|  |
| --- |
| **6.1 Beskriv på vilket sätt och hur lärdomar av insatsen kommer att implementeras (organisatoriskt, finansiellt och innehållsmässigt):**  När och med vilka har diskussion kring implementering förts? |
|  |

|  |
| --- |
| **6.2 Beskriv tillvaratagna erfarenheter och lärdomar från insatsen:**  Vilka lärdomar och erfarenheter har respektive samverkanspart erhållit? |
|  |

|  |
| --- |
| **6.3 Brukarmedverkan:** Beskriv hur målgruppen/brukarna involverats och gjorts delaktiga i insatsen samt vilka lärdomar och erfarenheter brukare bidragit med. |
|  |

|  |
| --- |
| **6.4 Beskriv framgångsfaktorer för uppnått resultat:** |
|  |

|  |
| --- |
| **6.5 Beskriv identifierade systemfel som påverkat utfall och resultat:** |
|  |

**7. Ekonomisk rapport**

|  |
| --- |
| **7.1 Sammanfattande bedömning:** Vad har gått bra och mindre bra i arbetet? Framgångsfaktorer respektive identifierade systemfel som påverkar utfallet. Kommentera gärna samarbetet med samverkansparter och styrgrupp. |
|  |

| **7.2** Redovisa era totala kostnader för insatsen enligt nedan. Ifall medel har återlämnats till förbundet, vad har detta för orsaker och om det haft konsekvenser för innehåll och utfall av insatsen. | | |
| --- | --- | --- |
| **Kostnadsslag** | **Budget** | **Utfall** |
| **Aktiviteter** (ange typ av aktiviteter ex. möte och seminarier mm.) |  |  |
| **Externa tjänster** (typ av köpt tjänst) |  |  |
| **Lönekostnader** (månadslön, bruttolön, lönebikostnader) |  |  |
| **Lokalkostnader** (ange typ av lokal) |  |  |
| **Material/expenser** (ange typ av material) |  |  |
| **Resekostnader** (ange typ av aktivitet) |  |  |
| **Övriga kostnader** (ange typ av övriga kostnader) |  |  |
| **Summa** | **0** | **0** |

|  |
| --- |
| **7.3 Styrgruppens analys av utfall för insatsen:**  (måluppfyllelse, budget, avvikelser, plan för implementering m.m) |

**8. Checklista för insatsledare vid slutrapport**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8.1 Insatsledare** | Ja | Nej |
| Kontrollerat att samtliga insatser/deltagare registrerat i enlighet med SUS |  |  |
| Initierat möten på önskemål från berörda/ansvariga tjänstemän |  |  |
| Föreslagit kompetensutvecklingsinsatser |  |  |
| Anordnat kompetensutvecklingsinsatser |  |  |
| Under perioden vid minst ett tillfälle kontrollerat att angiven metod följs |  |  |
| Under perioden vid minst ett tillfälle kontrollerat att deltagare faller inom angiven målgrupp |  |  |

|  |
| --- |
| **8.2 Kommentarer:** (om ni angett nej ovan ska detta kommenteras här) |

|  |
| --- |
| **8.3 Beskriv anordnade kompetensutvecklingsinsatser:** |

**9. Underskrift**

|  |  |
| --- | --- |
| **9.1 Underskrift**  Undertecknad försäkrar att de uppgifter som lämnas i slutrapporten, inklusive bilagor, är riktiga.  Underskrift av person som har rätt att företräda sökanden. | |
| Ort | Datum |
| Organisation - Insatsägare/huvudman | Underskrift  …………………………………………………………………………..  Namnförtydligande |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort | Datum |
| Organisation - Samverkanspart | Underskrift  …………………………………………………………………………..  Namnförtydligande |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort | Datum |
| Organisation - Samverkanspart | Underskrift  …………………………………………………………………………..  Namnförtydligande |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort | Datum |
| Organisation - Samverkanspart | Underskrift  …………………………………………………………………………..  Namnförtydligande |